

小児慢性特定疾病医療費給付中止（終了）届

年 月 日

群馬県知事 あて

届出者 住所

氏名

（受診者との続柄 ）

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の給付を中止（終了）しましたので届け出します。

受給者番号									
受診者氏名									
中止（終了）の理由（該当する番号に丸をつけてください）									
1 治ゆ・軽快									
2 死亡									
3 他法適用									
4 県外転出									
5 その他									
〔 〕									
中止（終了）年月日	年 月 日								

※不要となった受給者証は、この届と一緒にお願いします。